

# Kotihoidon interaktiivinen oppi- misympäristö sairaanhoitaja- opiskelijoille

Oppimispelin käsikirjoitus

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Syksy 2015  
Krista Ehrukainen  
Jaana Korhonen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

EHRUKAINEN, KRISTA  
KORHONEN, JAANA:

Kotihoidon interaktiivinen oppimisym-  
päristö sairaanhoitajaopiskelijoille  
Oppimispelin käsikirjoitus

Hoitotyön opinnäytetyö, 57 sivua, 10 liitesivua

Syksy 2015

TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda pelikäsikirjoitus kotihoidon interaktiiviseen oppimispeliin. Pelikäsikirjoitukseen tuli sisällyttää tieto, minkä pohjalta voisi suunnitella virtuaalisen oppimispelin.

Oppimispelin tarkoituksena on syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista hoitotyön päätöksenteossa ja näyttöön perustuvan hoitotyön oma-kohtaista osaamista kotihoidon ympäristössä sekä kannustaa näyttöön perustuvan tiedon hakemiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena. Kirjallisuuskatsaus perustuu kansalliseen ja kansainväliseen näyttöön. Teoriatiedon tukena käytimme myös kokemuksellista tietoa perustuen asiantuntijahaastatteluihin.

Pelikäsikirjoitusta varten profiloimme kotihoidon asiakkaat etsimällä ajantasaisia tilastoja. Pelin asiakastapaukset ja käyntien sisällöt luotiin pohjautuen kansantauteihin sekä ajantasaisiin hoitosuosituksiin. Pelin rakenteen suunnittelun tukena käytettiin asiantuntijahaastattelua sekä teorial tietoa.

Opinnäytetyön tuotoksen arviointia varten tehtiin yksinkertaistettu lautapeliversio, jonka testasivat kotihoidon työntekijät sekä Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja. Oppimispeliä pidettiin tarpeellisena välineenä sekä kotihoidon työn organisoinnin oppimiseen että kannustavana hoitosuosituksien käyttämiseen.

Hoitotyön päätöksenteko on merkittävä asia kotihoidon työn organisoinnissa. Näyttöön perustuvilla hoitotyön päätöksillä on yhteys laadukkaaseen kotihoitoon.

Asiasanat:

hoitotyö, päätöksenteko, näyttöön perustuva hoitotyö, työn organisointi, kotihoito, asiakaslähtöisyys, pelillistäminen, potilasturvallisuus

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing

EHRUKAINEN, KRISTA  
KORHONEN, JAANA:

Interactive home care learning environment for nursing students  
A script of educational game

Bachelor's Thesis in Nursing

57 pages, 10 pages of appendices

Autumn 2015

## ABSTRACT

---

The goal of this bachelor's thesis was to create a script of an interactive educational game of home care. The script should incorporate information on which the virtual educational game could be based.

The purpose of the educational game is to strengthen the knowledge of nursing students' decision making and personal learning of evidence-based practice in home care environment and also encouraging them to search evidence-based information.

We implemented the Bachelor's thesis functionally. The literature review is based on national and international evidence. In addition to theory we used practical knowledge by interviewing experts.

For the script we profiled the customers of home care by searching current statistics. Customer cases and the content of their visits were created based on chronic diseases and current guidelines. We used expert interviews and theory to help us design the structure of the game.

For the evaluation of the bachelor's thesis we made a simplified board game. The board game was tested by the home care staff and a teacher of nursing in Lahti University of Applied Sciences. The educational game was considered a necessary tool to learn how to organize work in home care. It also encourages to use nursing guidelines.

Decision making in nursing is a notable issue in organizing work in home care. Evidence-based practice decisions have a link to high-quality home care.

Keywords:

nursing, decision making, evidence-based practice, organizing work, home care, customer oriented approach, gamification, patient safety.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKO	3
3.1	Näyttöön perustuva hoitotyö	6
3.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma päätöksentekoprosessissa	8
3.3	Päätöksenteko kotihoidossa	8
4	KOTI HOITOTYÖN YMPÄRISTÖNÄ	10
4.1	Kotihoito	10
4.2	Kotihoidon asiakkaat	10
4.3	Kotihoitotyöhön liittyvät erityistarpeet	16
4.4	Työtehtävät kotihoidossa	18
4.5	Työn organisointi kotihoidossa	19
5	PELI OPPIMISEN VÄLINEENÄ SIMULAATIO- OPPIMISYMPÄRISTÖSSÄ	21
5.1	Pelillistäminen osana oppimista	21
5.2	Peli osana simulaatiota	22
6	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	24
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
7.1	Toimeksiantaja	26
7.2	Tiedonhaku	26
7.3	Käsikirjoituksen suunnittelun vaiheet	27
8	POHDINTA	31
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	31
8.2	Pohdintaa opinnäytetyön tuotoksesta	32
8.3	Opinnäytetyö oppimiskokemuksena	33
8.4	Jatkokehittämissuunnitelma	34
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	48

## 1 JOHDANTO

Päätöksenteko hoitotyössä on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä, yhtä tärkeää on sen tiedostaminen niin työelämässä kuin koulutuksen aikana. Hoitotyössä tehdään jatkuvasti päätöksiä, mutta ei välttämättä tiedosteta niiden merkitystä. Päätöksentekoa koulutuksen aikana voi oppia erilaisilla opetusmenetelmillä. Päätöksentekotaidot kehittyvät käytännön kokemuksen ja teoreettisen tiedon yhdistämisellä, jolloin arvioidaan omia päätöksiä ja niiden tuloksia. (Lauri & Salanterä 2002, 165.) Hoitotyön päätöksenteolla pyritään prosessinomaisesti ratkaisemaan ongelma, jotta potilaan hoito etenisi järjestelmällisesti (Jekkonen 2005, 7).

Simulaatio-opettaminen on yleinen opetusmenetelmä hoitotyössä. Pelilähtöinen oppiminen on askel eteenpäin interaktiivisessa opetuksessa. (Bauman & Wolfenstein 2013, 4–8.) Simulaatiot ja pelit tarjoavat opiskelijalle virtuaalisen ympäristön, jossa opetellaan päätöksentekoa sekä sen toteuttamista ilman potilasturvallisuuden vaarantamista (Devane & Bauman 2013, 50).

Valtakunnallisten vanhustenhuoltoa koskevien linjauksien mukaan ikääntyneiden toimintakykyä tulee ylläpitää sekä kotona asumista on tuettava avopalveluiden turvin. Ikääntyneiden määrän on ennustettu kasvavan seuraavien vuosikymmenten aikana huomattavasti nykyisestä. Tämä tarkoittaa kotihoidon asiakkaiden määrän kasvua. Kotihoidon palvelut ovat kehittämisen kohteita, jotta voidaan taata palveluiden laatu. (Heinola 2007, 9–10.)

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä on luotu pelikäsikirjoitus kotihoidon interaktiiviseen oppimispeliin, jonka avulla harjoitellaan päätöksentekotaitoja oman työn organisoinnin yhteydessä. Pelillä halutaan kannustaa näyttöön perustuvan tiedon hakemiseen ja sen käyttämiseen. Yhtenä osana peliä pelatessa on miettiä omia eettisiä valintoja päätöksenteossa. Peli on tarkoitettu sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttöön esimerkiksi ikääntyneiden hoitotyön opetuksen lisänä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

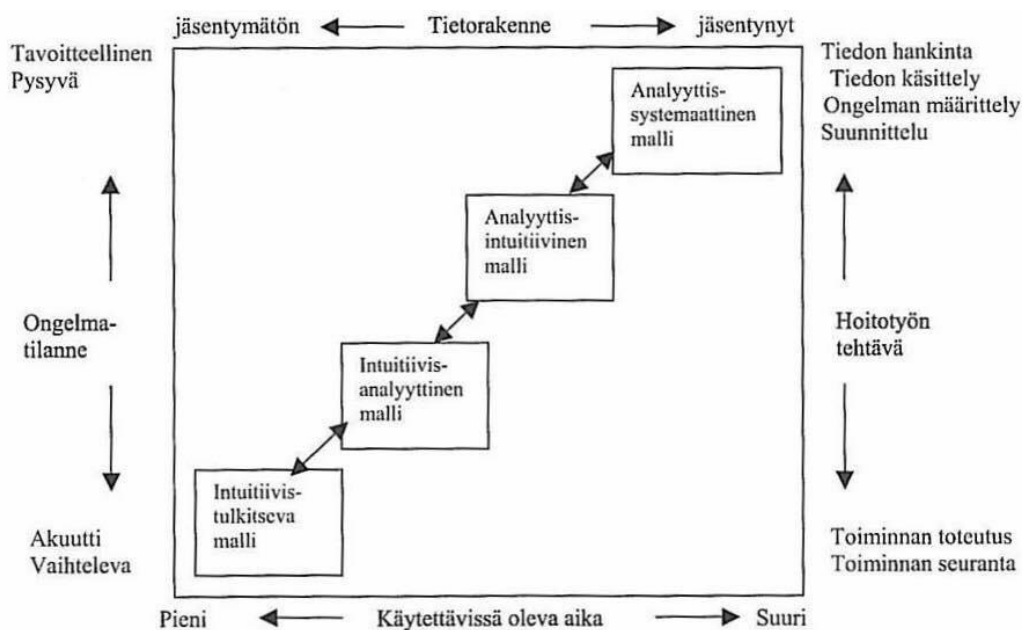
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista hoitotyön päätöksenteossa ja näyttöön perustuvan hoitotyön omakohtaista osaamista kotihoidon ympäristössä sekä kannustaa näyttöön perustuvan tiedon hakemiseen. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää tulevaa ikääntyneiden hoitotyön oppimisympäristöä Lahden ammattikorkeakoulussa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda pelikäsikirjoitus kotihoidon interaktiiviseen oppimispeliin. Pelikäsikirjoitus sisältää tiedon, jonka pohjalta voi suunnitella oppimispelin interaktiiviseen muotoon.

### 3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKO

Päätöksenteko on tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista toimintaa, jolla pyritään ratkaisemaan ongelma. Hoitotyön päätöksenteko on prosessi, jolla tavoitellaan potilaan hoidon järjestelmällistä etenemistä. Päätöksenteko hoitotyössä on tilannesidonnaista, välttämätöntä ja sen on perustuttava näyttöön perustuvaan tietoon. Hoitotyön päätöksenteko liittyy hoitovaihtoehtojen valintaan, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tehtäessä hoitotyön päätöksiä tulee olla käytössä tietoperusta liittyen potilaan tai asiakkaan terveyteen, sairauteen ja niiden hoitoon. (Jekkonen 2005, 7; Mikkola 2008, 7.) Standingin (2014, 73) mukaan sairaanhoitajien on tehtävä yksilökeskeisiä, näyttöön perustuvia ratkaisuja ja päätöksiä yhteistyössä toisten hoitoon osallistuvien kanssa varmistaakseen parhaan hoidon. Löydetyistä ratkaisumalleista keskustellaan, ja näin ollen vaikutetaan muutokseen ja edistetään terveyttä sekä parasta hoitoa. Hoitajan tulee osata tunnistaa ongelma, jolloin tarvitaan erityistä tietoutta.

Hoitotyön päätöksenteossa käytetään erilaisia ajatteluprosesseja (Jekkonen 2005, 7; Mikkola 2008, 7). Laurin ja Salanterän (2002) tekemän tutkimuksen pohjalta muotoutui päätöksentekoteoria kaaviona (kuvio 1). Se jäljittelee Hammondin (1996) tekemää kognitiivisen jatkumon perusrakennetta. Ajatteluprosessi on jatkumo, jossa liikutaan kaavion määrittelemissä suunnissa riippuen ongelmatilanteesta, tietorakenteesta, hoitotyön tehtävästä tai käytettävästä olevasta ajasta.



Kuvio 1. Hoitotyön päätöksentekoteoria (Lauri ym. 2002, 163)

Analyttinen ajatteluprosessi vie päätöksentekoa eteenpäin eri vaiheiden kautta. Analyttinen ajatteluprosessi sisältää rationaalisen ajattelun sekä informaation prosessoinnin. Rationaalinen ajattelu sisältää tarpeen määrittelyn, tavoitteiden asettamisen, hoidon valinnan ja sen toteutuksen sekä arvioinnin. Rationaalinen ajatteluprosessi antaa ongelmalle tarkan ratkaisumallin. Informaation prosessointi sisältää ratkaistavaan ongelmaan liittyvän tiedonhankinnan, sen vertailemisen aikaisempaan tietoon ja ratkaisuvaihtoehdon mietinnän. Tämän jälkeen tehdään päätös ja mahdollinen toiminta. Informaation prosessointiajattelulla tavoitellaan ongelman ratkaisemista useasta eri näkökulmasta katsottuna. Intuiitiivinen ajatteluprosessi on nopeaa päätöksentekoa, joka vaatii kokonaistilanteen nopean hahmottamisen. Intuiitiivinen päätöksentekotaito kehittyy kokemuksen myötä. Hoitotyön päätöksenteko voi koostua myös useamman ajatteluprosessin yhdistämisestä. (Jekkonen 2005, 8; Mikkola 2008, 7–8.)

Oppiminen on vuorovaikutteinen prosessi, jolloin opiskelijan tiedoissa ja asenteissa tapahtuu pysyviä muutoksia aiempia kokemuksiaan muuntamalla. Opiskelijan tulee tuntea oma oppimistapansa, jotta oppiminen olisi mahdollisimman tehokasta. (Mikkola 2008, 9.) Päätöksentekoa opetellaan



ensin yksinkertaisilla harjoituksilla, jolloin opetellaan rationaalista lähestymistapaa. Opiskelun edetessä harjoitusten tulee muuttua monimuotoisemmiksi, jolloin edetään informaatioprosessoinnin kautta intuitiiviseen ajatteluprosessiin. Päätöksenteon oppimisessa voidaan käyttää useita menetelmiä; luento-opetus, ongelmaperustainen oppimismenetelmä (Problem Based Learning), itseohjautuvuuden tukeminen, reflektiivisyys, käytännön harjoittelut ja simulaatiot. (Jekkonen 2005, 10–16.)

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vaatimukset vastaamaan Euroopan yhteisön ammattipätevyysdirektiiviä. Tarkoituksena oli myös yhtenäistää oppilaitosten välistä opetusta sekä kuvata osaamisalueiden sisällöt. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 73.) Yksi sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen alueista on näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, jonka edellytyksenä on kriittinen ajattelu sekä ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaidot. Sairaanhoitaja tekee tiedonhakua luotettavista tietokannoista ja pystyy arvioimaan löytämänsä tietoa. Päätöksenteon tukena käytetään tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Sairaanhoitajalla tulee olla valmius toteuttaa näyttöön perustuvaa toimintaa prosessin mukaisesti. Sairaanhoitaja ymmärtää näyttöön perustuvan tiedon merkityksen hoitotyössä, sitoutuu käyttämään sitä ja tiedostaa oman vastuunsa toiminnassa. (Eriksson ym. 2015, 41–42.) Uusissa osaamisvaatimuksissa on määriteltä asiakaslähtöisyys omana osaamisalueena. Sairaanhoitaja toimii asiakaslähtöisesti ja vuorovaikutuksellisesti yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Asiakasta osallistetaan hoitoon sekä hyödynnetään asiakaslähtöistä tietoa. (Eriksson ym. 2015, 36.)

Sairaanhoitajien päätöksentekoa ohjaavat myös eettiset ohjeet. Sairaanhoitaja tulee kohdella potilaita oikeudenmukaisesti, tasavertaisesti ja yksilöllisesti. Ohjeissa edellytetään kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta sekä potilaan oikeutta osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan. Hoitotyön päätöksiä tehdään yhdessä toisten sairaanhoitajien kanssa. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014.)

Koulutusvaiheessa opiskelijoille tulee antaa valmiudet toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Merkittävimpiä taitoja ovat eettisen ja ihmiskeskeisen työskentelytavan sekä kriittisen ajattelutavan oppiminen. Opiskelijan tulee osata tiedonhakuprosessi sekä hallita teorialiedot. (Perälä 1999, 60–61.)

Whiten (2003) tekemässä tutkimuksessa todettiin sairaanhoitajaopiskelijoiden päätöksentekotaitoja vahvistavan luottamus omiin taitoihin ja sairaanhoitajan roolin omaksuminen. Potilaskeskeistä päätöksentekotaitoa kehittää myös käytännön harjoittelussa ohjaajan ja opiskelijan välinen positiivinen suhde sekä tutustuminen potilaisiin kommunikoimalla heidän kanssaan. (Jekkonen 2005, 12; Mikkola 2008, 12.) Mikkolan (2008, 43–44) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppimista edistäviä tekijöitä on kuvattu neljässä eri yläluokassa. Opetuksellisista tekijöistä on mainittu tiedon tärkeys. Opiskelijalähtöisiä tekijöitä ovat motivaatio, ammatillinen kasvu ja itsevarmuus. Tärkeänä harjoittelulähtöisenä tekijänä pidettiin opiskelijaohjaajaa, ohjaajan kannustava ja palautetta antava suhtautuminen edistää opiskelijan oppimista ja ammatillista kehittymistä annetun vastuun kautta. Oppimisympäristön toimintamallit ohjaavat opiskelijaa muodostamaan omaa näkemystään hoitoalasta. Päätöksenteon oppimista edistäviä tekijöitä ovat harjoittelupaikan työilmapiiri, opiskelijamyönteisyys sekä työyhteisön antama palaute.

### 3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Terveystenhoitolain mukaan toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan täytyy olla laadukasta, turvallista ja toteutettu asianmukaisesti. (Terveystenhoitolaki 2010/1326 8§.)

Näyttöön perustuva toiminta on parhaan tämänhetkisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Käytettäessä näyttöön perustuvaa toimintaa, yhdistetään oma kliininen asiantuntijuus parhaaseen saatavilla olevaan tutkimustietoon. Kliininen asiantuntijuus hankitaan käytännön kokemuksella. (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes &

Richardson 1996, 71.) Päätöksentekoa tukee myös asiakaslähtöinen tieto, jolloin tieto saadaan asiakkaalta, läheisiltä tai tutkimuksista. Tieto perustuu asiakkaan tilanteeseen tai toiveeseen. (Johtamisella vaikuttavuutta ja veto-voimaa hoitotyöhön, Toimintaohjelma 2009 - 2011 2009, 55.) Perälän (1999, 54–55) mukaan näyttöön perustuvan toiminnan päätöksenteossa yhdistyvät tutkimustieto, kliininen asiantuntijuus ja potilaan tilanne sekä omat toivomukset. Myös yksikön toimintaa ohjaavat arvot ja edellytykset sekä käytössä olevat voimavarat vaikuttavat päätöksentekoon (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, Toimintaohjelma 2009 - 2011 2009, 55).

Näyttöön perustuva toiminta kuvataan prosessina. JBI (Joanna Briggs Institute) kuvaa prosessin kuusiaskelisenä:

- 1) Etsitään näyttöön perustuvaa tietoa.
- 2) Arvioidaan tieto.
- 3) Tehdään yhteenveto löydetyistä tiedoista.
- 4) Käytetään tietoa hoitotyössä.
- 5) Juurrutetaan tieto käytäntöön.
- 6) Arvioidaan vaikutuksia. (Barker 2013, 11.)

Suomessa parasta mahdollista tutkimustietoa antavat Käypä hoito -suositukset ja Hoitotyön suositukset (Hoitotyön tutkimussäätiö). Niiden tieto on kerätty järjestelmällisesti ja arvioitu kriittisesti. Suositusten tarkoituksena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja parantaa hoidon laatua. Suositusten käyttämisellä turvataan oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen hoito kaikille sitä tarvitseville. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, Toimintaohjelma 2009 - 2011 2009, 56.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttöön tarkoitettu Terveystietokanta tarjoaa useasta tietokannasta ajantasaisia hoitosuosituksia Duodecimin tuottamana. Luotettavaa tietoa tarjoavat myös erilaiset artikkeliviitetietokannat (EBSCOhost, Cochrane, Medic) sekä hoitoalan tutkimuksellisten lehtien artikkelit (Tutkiva Hoitotyö, Hoitotiede). Tutkimustietoa voi etsiä myös eri yliopistojen sähköisistä julkaisu-

sarjoista. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 29.) Kansainvälisesti ajantasaista hoitosuosituksia tarjoavat mm. Joanna Briggs Instituutti, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ja National Guideline Clearinghouse (Näytön lähteitä 2013).

### 3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma päätöksentekoprosessissa

Kun kyseessä ei ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus, on sosiaalihuoltoa toteutettaessa laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen kanssa, ellei siihen ole selvää estettä. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 200/812 7§.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii työvälineenä laadukkaan kotihoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Kotiin annettavat palvelut ja hoito – Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014 2012, 24). Hoitotyön päätöksentekoprosessi toteutuu hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä; hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta ja hoidon arvioinnista (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6–7; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10). Hoito- ja palvelusuunnitelma luodaan noudattamalla Suomalaista hoitotyön (FinCC) -luokituskokonaisuutta. Luokituskokonaisuus muodostuu kolmesta eri luokituksesta; hoidon tarveluokitus (SHTaL 3.0), hoitotyön toimintoluokitus (SHToL 3.0) ja hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL 1.0). Luokitukset sisältävät hoitotyön sisältöalueet sekä niihin liittyvät pää- ja alaluokat. Rakenteinen kirjaaminen tapahtuu hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti käyttämällä hoidon tarve- ja toimintoluokitusta, jolloin potilaan voinnista saadaan kokonaisvaltainen kuva ja voidaan arvioida siinä tapahtuvia muutoksia. (Liljamo ym. 2012, 10.)

### 3.3 Päätöksenteko kotihoidossa

Kotihoidossa tehtävän päätöksenteon lähtökohtina voidaan pitää Tepposen (2009, 169) määrittelemiä hyvän kotihoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin periaatteita:

- 1) Asiakas- ja tarvelähtöisyys: Tämä periaate kuvaa asiakkaan yksilöllisyyttä sekä tarvelähtöisyyttä. Työn suunnittelussa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, odotukset, toiveet ja vaatimukset.
- 2) Itsemääräämisoikeus, itsenäisyys ja autonomia: valinnanvapauden huomioonottaminen. Hoidossa otetaan huomioon ikääntyneen omaehtoisuus, asiakkaan omat voimavarat ja päätäntävalta vaikuttavat hoidon toteutukseen.
- 3) Osallisuus ja osallistuminen: Ikääntyneen annetaan vaikuttaa palvelun suunnitteluun. Ikääntynyt otetaan huomioon osallistuvana osapuolena, hoidossa käytetään kuntouttavaa työtettä eli osallistetaan asiakas omaan hoitoonsa.
- 4) Voimavaralähtöisyys, elämän kokemuksen erityisyys ja ainutlaatuisuus: Asiakkaan voimavaroja tuetaan ja ylläpidetään joka osa-alueella; fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Tepponen 2009, 169.)

## 4 KOTI HOITOTYÖN YMPÄRISTÖNÄ

### 4.1 Kotihoito

Kotipalvelua on asumiseen sekä henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon liittyvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelua annetaan myös lasten hoitoon ja kasvatukseen liittyvissä asioissa. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710 20§.) Kotipalvelua voi saada alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, synnytyksen, vammaan tai muun samankaltaisen syyn perusteella. Edellä mainittujen syiden takia asiakas tarvitsee apua suoriutuakseen lain 20 §:n määritellyistä tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710 21§.) Kotipalvelu sisältää hoitotyöntekijän antamaa kodissa tapahtuvaa työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Kotipalvelu voi sisältää myös tukipalveluja: ateria-, vaatehuolto-, kylvetys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. (Sosiaalihuoltoasetus 1983/607 9§.) Terveystenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä asukkaiden kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon annetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti asiakkaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa. (Terveystenhuoltolaki 2010/1326 25§.) Kunnalla on mahdollisuus järjestää kotipalvelu sekä kotisairaanhoidon yhdistettynä osittain tai kokonaan. Tällöin käytetään nimitystä kotihoito. (Kotiin annettavat palvelut ja hoito – Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014 2012, 9.)

### 4.2 Kotihoidon asiakkaat

Palvelujen käyttäjillä on erilaisia rooleja. Terveystenhuollossa käyttäjää kutsutaan yleisesti potilaaksi, mutta viimeisen vuosikymmenen aikana on avohuollon palvelujen käyttäjää alettu kutsua asiakkaaksi. Asiakas käsitteenä kuvaa palvelujen käyttäjän roolia aktiivisemmaksi ja itseohjautuvammaksi. (Niemi 2006, 22.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen antaman tilastoraportin mukaan marraskuussa vuonna 2014 oli säännöllisen kotihoidon piirissä 72 531 asiakasta, joiden luona on käyty vähintään kerran viikossa. Naisia tilaston mukaan asiakkaista on 66 %. Kaikista asiakkaista noin 77 % oli yli 75-vuotiaita. Alle 65-vuotiaita oli noin 9 %. Tilastoraportti kertoo, että paljon käynnejä tarvitsevien määrä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana. Asiakkaat voivat käyttää kotihoidon lisäksi muita tukipalveluja, esimerkiksi omaishoidon tukea tai lyhytaikaisia tehostetun palveluasumisen jaksoja. (Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014 2015.)

Tilasto kertoo marraskuun 2014 aikana tehdyt kotihoidon käynnit asiakkaiden luona. Vähintään kerran päivässä käytiin yhteensä 47 %:n luona asiakkaista, joista 12 %:n luona käytiin vähintään kolmesti päivässä. 53 % asiakkaista tarvitsi käynnin harvemmin kuin kerran päivässä. (Väyrynen & Kuronen 2015.)

Kansantaudit ovat väestön yleisimpiä sairauksia, jotka liittyvät myös kotihoidon asiakkaiden sairastavuuteen. Kansantaudit vaikuttavat kansanterveyteen sekä kuolleisuuteen. Kansantauteja voidaan ehkäistä elintapamuutoksilla: tupakoinnin lopettaminen, alkoholin käytön vähentäminen, ylipainon välttäminen, terveellinen ravitsemus ja liikunnan lisääminen. Krooniset kansantaudit Suomessa ovat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, astma sekä allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, mielenterveysongelmat ja muistisairaudet. (Yleis-tietoa kansantaudeista 2015.) Pitkäaikaissairaiden määrä kasvaa iän mukana. Yli 75-vuotiaista noin 70 % sairastaa ainakin yhtä pitkäaikaissairautta. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 80.)

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013 -kyselytutkimuksen mukaan yleisimmät sairaudet ikäryhmien mukaan ovat verenpaine- ja sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, tuki- ja liikuntaelinsairaudet (luokittelematon nivelsairaus, selkäsairaus), diabetes ja virtsaamisvaivat. Naisilla esiintyi lisäksi

enemmän masentuneisuutta sekä osteoporoosia. (Helldán & Helakorpi 2014, 40–41.)

Kohonnut verenpaine on tilastoitu kahdella kolmasosalla yli 75-vuotiaista miehistä. Naisilla kohonnut verenpaine on yleisempi, samassa ikäryhmässä 71 %:lla oli kohonnut verenpaine. (Koskinen ym. 2012, 67.) Kohonneena verenpaineena pidetään arvoja, kun systolinen verenpaine ylittää 140 mmHg ja diastolinen 90 mmHg. Potilaita hoidetaan lääkkeettömästi ohjaamalla elintapamuutoksiin (suolan vähentäminen, monipuolinen ravitus, liikunnan lisääminen, ylipainon vähentäminen, alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen) sekä tarvittaessa lääkkeellisesti. Hoitoa arvioidaan mittaamalla verenpaine säännöllisesti. (Kohonnut verenpaine 2014; Nikkilä 2013.) Verenpaineen seuranta määräytyy potilaan hoitotasapainon, kohde-elinvaurioiden sekä muiden sairauksien mukaisesti. Seurantaväli voi olla 1-3 kuukautta. Seuranta tapahtuu aamuin illoin neljän päivän ajan. (Nikkilä 2013.)

Joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella yli 75-vuotiaista on sepelvaltimotauti (Koskinen ym. 2012, 82). Valtimoiden ahtautuminen aiheuttaa sepelvaltimotaudin. Sepelvaltimotaudin oireena ilmenee raskas- ja raskasta rintakipua. Sepelvaltimotautia hoidetaan säännöllisellä lääkityksellä sekä elintapamuutoksilla. Kohtaushoitoon käytetään nopeavaikutteista nitroa. (Kervinen 2013; Stabiili sepelvaltimotauti 2015.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastaa 22 % yli 75-vuotiaista naisista, miehistä noin 17 % (Koskinen ym. 2012, 82). Kun sydän ei pysty pitämään yllä riittävää verenkiertoa, on kyseessä sydämen vajaatoiminta. Sydämen vajaatoiminnan taustalla on usein muita sydän- ja verisuonisairauksia. Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan aina lääkkeillä sekä ohjaamalla elintapamuutoksiin. (Chronic heart failure: Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care 2010; Lommi 2013.) Sydämen vajaatoiminta voi aiheuttaa molempien alaraajojen turvotusta. Turvotusta hoidetaan diureettilääkityksen lisäksi kompressiohoidolla (kompressiosidokset tai tuki-



sukat), liikunnalla ja jalkojen pitämistä kohoasennossa päivittäin. Kompresiositeet laitetaan jalkoihin aamuisin ennen jaloille nousua. (Jalkojen turvotus 2013.)

75 vuotta täyttäneistä miehistä 17 % sairastaa diagnosoitua diabetesta, vastaava prosentti saman ikäryhmän naisilla on 16,5 %. Suurin osa diabetesta sairastaneista käyttää lääkitystä sairauden hoitoon. (Koskinen ym. 2012, 85–86.) Pitkäaikaisesti suurentunut plasman glukoosipitoisuus liittyy diabeteksen diagnosointiin. Glukoosipitoisuuden tasoittamiseksi käytetään lääkehoitoa (tabletti- ja/tai insuliinihoitoa), keskeisessä asemassa ovat myös elintapamuutokset. Hoidon tavoitteena on diabeteksesta aiheutuvien komplikaatioiden ehkäiseminen ja hoito. Potilas tarvitsee hoidonohjausta sekä säännöllistä seuranta. Insuliinihoidon onnistumista tukee veren glukoosipitoisuuden omaseuranta. (Diabetes 2013; Yki-Järvinen 2013.) Diabeteksen hoidon toteutumista helpottaa säännöllinen ateriarytmi, samaa rytmiä olisi hyvä noudattaa päivittäin. Hoidon suunnittelu on yksilöllistä, jossa sovitetaan yhteen ruokavalio, insuliinihoito ja liikunta. Iäkkäiden diabeteksen hoidossa tulee kiinnittää huomiota hypoglykemioiden välttämiseen, lievätkin hypoglykemiat voivat aiheuttaa sekavuutta sekä kaatumisia. (Diabetes 2013.)

Keuhkoputkia ahtauttavaa sairautta sairastaa noin 29 % yli 75-vuotiaista miehistä, naisista noin 23 % (Koskinen ym. 2012, 89). Keuhkohtaumatautiin liittyy etenevä ahtaus ja krooninen tulehdus hengitysteissä. (Helin 2015; Keuhkohtaumatauti 2014.) Astmaa sairastaa yli 75-vuotiaista noin 15 % sekä miehistä että naisista (Koskinen ym. 2012, 89). Astmaa sairastavalla on tulehduksellinen tila keuhkoputkien limakalvoilla sekä keuhkoputkien supistumisherkkyys on lisääntynyt. (Astma 2012; Matilainen 2014.) Tupakoinnilla on merkittävä yhteys keuhkohtaumataudin sekä astman syntyyn. Keuhkohtaumatautiin jo sairastuneilla ennuste paranee tupakoinnin lopettamisen myötä, astmaatikko voi helpottaa oireita lopettamalla tupakoinnin. Liikunta ja painon hallinta on keskeinen osa molempien näiden keuhkosairauksien lääkkeetöntä hoitoa. Lääkehoidolla voidaan hoitaa

taudin oireita (hengenahdistus, yskä ja limannousu) sekä estää pahe-  
nemisvaiheita. (Astma 2012; Helin 2015; Keuhkoahtaumatauti 2014; Mati-  
lainen 2014.) Lääkehoito tapahtuu inhaloitavilla lääkkeillä. Erityisesti  
ikäntyneiden kohdalla käytetään apuvälineenä tilanjatketta pienentyneen  
sisäänhengitysnopeuden takia, tilanjatke estää suurten lääkepisaroiden  
jäämisen suuhun ja nieluun. Tilanjatke vähentää myös koordinaation tar-  
vetta. (Astma 2012.)

lääkäillä yleisimmät tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat nivelrikko, toimintaky-  
vyn vaje, osteoporoosi sekä siitä johtuvat murtumat (Bäckmand & Vuori  
2010, 9; Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 5). Terveys 2011 – tutkimuksen  
mukaan selkäkipua esiintyy kaikissa ikäryhmissä yhtä suurella prosentilla  
sekä miehillä että naisilla (Koskinen ym. 2012, 93). Riskitekijöinä tuki- ja  
liikuntaelinsairauksissa ovat elintavat, erityisesti vähäinen liikunta sekä yli-  
paino lisäävät riskiä. Sairauksia voidaan ehkäistä elintapamuutoksilla.  
(Bäckmand ym. 2010, 9; Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 9.) Yleisin nivel-  
sairaus on nivelrikko, joka aiheuttaa oireena toimintakyvyn rajoitteita. Oi-  
reiden helpottamiseen käytetään laihduttamista sekä liikuntaharjoitteiden  
lisäämistä. Kivun hallinta on oleellisessa asemassa. Liikkumista sekä päi-  
vittäisissä toimissa selviytymistä helpottavat apuvälineet. (Polvi- ja lonkka-  
nivelrikko 2014.)

Yleisin mielenterveysongelma iäkkäillä on masennus. Vuonna 2011 teh-  
dyn kyselyn mukaan diagnosoitua masennusta sairasti yli 65-vuotiaista  
miehistä vajaa 5 %, naisista 6,4 %. Masennusoireita kokeneita oli kuiten-  
kin hieman enemmän. Iäkkäiden kohdalla lievempiä oireita ei aina kuiten-  
kaan tunnisteta. Unettomuutta koki viidennes miehistä ja kolmannes nai-  
sista. (Saarenheimo 2013, 376–377.) Masennus aiheuttaa mielialan las-  
kua, apaattisuutta, vaikeutta selviytyä päivittäisistä toimista, ruokahalutto-  
muutta, ärtyneisyyttä ja/tai itkuisuutta. Iäkkäillä masennus on vaikeammin  
tunnistettavissa, oireet voivat olla samanlaisia iäkkään sairastamien pitkä-  
aikaissairauksien kanssa. Hoitamalla potilaan sairauksia ja niiden tuomaa  
haittaa, voidaan helpottaa myös masennuksen oireita. Kannustavan tuen

lisäksi tarvitaan usein lääkehoitoa. (Alanen 2013; Depressio 2014.) Mielen terveyttä voidaan edistää terveellisillä elintavoilla (Depressio 2014).

Vuonna 2009 säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin 12 % sairasti diagnosoitua muistisairautta. Kaksi kolmasosaa sairastavista oli naisia. (Vuorio & Väyrynen 2011, 2–3.) Muistisairauksiksi määritellään dementia, Alzheimerin tauti, dementiaan liittyvä sekavuustila sekä alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden aiheuttama dementia (Vuorio ym. 2011, 6). Etenevä muistisairaus aiheuttaa uusien asioiden oppimisen vaikeutumista sekä muistin heikkenemistä. Muistivaikeudet tuottavat vaikeuksia oman toiminnan ohjaamisessa sekä kielellisissä toiminnoissa. (Ikääntyminen ja muisti 2014; Muistisairaudet 2010.) Kotona asuvan muistisairaahan selviytymistä voidaan tukea muun muassa kotihoidolla, kuntouttavilla toimenpiteillä, lääkähoidolla sekä turvallisuutta lisäävillä ratkaisulla. (Muistisairaudet 2010.) Uudessa tutkimuksessa on osoitettu näyttö muistisairauksien ehkäisyyn tehostetulla elintapaohjauksella. Tutkimusryhmälle tarjottiin ravitsemusneuvontaa, liikunta- ja muistiharjoitteluun osallistumista sekä tukea riskien hallintaa sydän- ja verisuonisairauksissa. Tehostetulla elintapaohjauksella voidaan kehittää ja ylläpitää kognitiivisia toimintoja ja vähentää niiden riskiä heikentyä. (Ngandu, Lehtisalo, Solomon, Levälahti, Ahtiluoto, Antikainen, Bäckman, Hänninen, Jula, Laatikainen, Lindström, Mangialasche, Paajanen, Pajala, Peltonen, Rauramaa, Stigsdotter-Neely, Strandberg, Tuomilehto, Soininen & Kivipelto 2015.)

Suomessa vuonna 2011 todettiin olevan 243 000 elossa olevaa syöpätautiin sairastunutta. Naisilla yleisin syöpä oli rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä. (Syövän ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025 2014, 13.) Elintapamuutoksilla on arvioitu ehkäistävän noin 30–40 % syöpätapauksista (Syövän ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025 2014, 26). Noin kaksi kolmesta kuolevasta syöpäpotilaasta tarvitsee elämänsä viimeisten kuukausien aikana palliatiivista eli oireenmukaista kotihoitoa. Palliatiivisella hoidolla tähdätään elämänlaadun ylläpitämiseen sekä kivun hoitamiseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012; Palliative care for the

patient with incurable cancer or advanced disease 2010.) Hoito vaatii kokonaisvaltaista seurantaakin sekä toimintakyvyn arviointia, oireiden lääkehöntöä sekä lääkkeellistä hoitoa, tukiverkoston ylläpitämistä ja henkistä tukemista (Kokkinen 2012; Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease 2010). Syöpäpotilaalla on riski vajaravitsemukseen. Tehostetulla ravitsemushoidolla turvataan riittävä energian saanti, keinona esimerkiksi täydennysravintovalmisteet. (Viitala 2014.)

#### 4.3 Kotihoitotyöhön liittyvät erityistarpeet

Suomessa kotihoidon asiakkaista 85,8 % ovat aliravittuja tai aliravitsemuksen riski on suurentunut. Riski liittyy asiakkaisiin, joilla on monien lääkkeiden käyttöä samanaikaisesti, kognitiivisten kykyjen heikkenemistä tai masennukseen liittyviä oireita. Aliravitsemuksen ehkäisyn keinona on asiakkaiden seulonta. (Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen 2015, 49–50.) Kotihoidon tehtävänä on arvioida ja ylläpitää asiakkaiden ravitsemustilaa. Arvioinnin tukena käytetään MNA (Mini Nutritional Assessment) -testiä, säännöllistä painon sekä ravinnon laadun seurantaakin. Ruokailun tukeminen tulisi toteuttaa asiakaslähtöisesti tarjoamalla asiakkaalle mieluisia ruokia ja järjestämällä miellyttävä ruokailutilanne, ravinnon sisällön tulee olla energia- ja proteiinipitoinen. Ikääntyneille tarjottavat ateriat ovat pienempiä, niiden säännölliseen sekä tasaisesti päivän aikana jakautuvaan tarjoilurytmiin on kiinnitettävä huomiota ja lisätä aterioiden määrää välipalojen avulla. Näillä keinoilla turvataan riittävä ravinnonsaanti vuorokauden aikana. Suosituksen mukaan yöpaasto ei saa ylittää yli 11 tuntia. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 30–36.) Suun terveys ja ravitsemus ovat yhteydessä toisiinsa. Ongelmat suun terveydessä vaikuttavat ruokahuuun, purentaan ja nielemiseen. Kotihoidon tehtävänä on huolehtia suun terveydestä päivittäisellä hampaiden puhdistuksella sekä suun terveyden ongelmiin puuttumalla. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 23.)

Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta. Sitä voidaan edistää jatkamalla lääkkeitä rauhallisessa ympäristössä noudattamalla lääkemääräyksiä. Kun lääkkeitä on jaettu, suositellaan kaksoistarkistusta. Lääkkeitä

annosteltaessa sekä annettaessa on otettava huomioon lääkevalmistuksesta annetut määräykset ja ohjeet. (Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 58.) Laadukas ja turvallinen lääkehoito edellyttää asianmukaisia tietoja ja taitoja. Lääkehoitoa toteuttavan tulee olla varma, että on ymmärtänyt lääkemääräyksen oikein. Oikea lääke annetaan oikealle potilaalle, oikealla annostuksella, oikeaan aikaan käyttäen määrättyä annostustekniikkaa. (Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 37.)

Noin 400 000 suomalaista sairastaa osteoporoosia. Osteoporoosista johtuvia luunmurtumia todetaan vuosittain noin 30 000. (Osteoporoosi 2014a.) Ikääntyneiden kaatumistapaturmat ovat yleistynyt kansanterveyttä uhkaava ongelma, jotka johtavat usein luunmurtumiin. Osteoporoosi aiheuttaa terveyshaittoja ja ongelmia, mikäli luu murtuu. (Kannus 2011, 155–156.) Osteoporoosin ehkäisyyn ja hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä, sekä turvata ravinnosta saatava tarvittava kalsium ja D-vitamiini. Liikunnan lisääminen ja tupakoinnin lopettaminen ehkäisevät osteoporoosia. Ikääntyneillä yleisin lonkkamurtuman syy on kaatuminen. Kaatumisten ehkäisy on oleellisessa osassa. Lonkkasuojaimien käyttö vähentää lonkkamurtuman riskiä. (Osteoporoosi 2014b.)

Virtsankarkailua esiintyy 59 %:lla yli 70-vuotiaista naisista (Virtsankarkailu (naiset) 2011) ja miehillä 25 %:lla (Saarelma 2015). Virtsankarkailun voi jakotella neljään eri ryhmään; ponnistus- tai pakkovirtsankarkailu tai niiden yhdistelmä eli sekatyypinen virtsankarkailu ja ylivuotovirtsankarkailu (Virtsankarkailu (naiset) 2011). Virtsankarkailuun liittyviä riskitekijöitä ovat ylipaino ja tupakointi. Ikääntyneillä toimintakyvyn heikkeneminen ja krooniset sairaudet lisäävät virtsankarkailun esiintymistä. Virtsankarkailua voidaan hoitaa lantionpohjan lihasharjoitteilla, elintapamuutoksilla sekä säännöllisillä wc-käynneillä. Ikääntyneen pidätyskykyä voidaan edistää tarjoamalla apuvälineitä virtsaamiseen (siirrettävä wc-istuin, alusastia tai virtsapullo). Virtsankarkailua hoidetaan imukykyisillä vaipoilla, joiden käytössä on huo-

mioitava iho-ongelmien ehkäisy. (Virtsankarkailu (naiset) 2011.) Ylivuoto-virtsankarkailua hoidetaan toistokatetroinneilla. (Virtsankarkailu (naiset) 2011; Saarelma 2015.) Miehillä eturauhasen liikakasvu voi estää virtsan tulon ja aiheuttaa ylivuotovirtsankarkailua (Saarelma 2015), naisilla saman voi aiheuttaa esimerkiksi kohdunlaskeuma (Virtsankarkailu (naiset) 2011). Toistokatetrointi tapahtuu vähintään neljä kertaa vuorokaudessa säännöllisin väliajoin (Salomaa 2014).

Yli 75-vuotiaista miehistä 1,1 %:lla on alkoholihäiriö (alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus). Naisilla ei todettu alkoholihäiriötä lainkaan. (Koskinen ym. 2012, 99.) Etenkin naisten päihdeongelmat ovat vaikeasti tunnistettavissa. Alkoholien käytöstä voivat kertoa toistuvat kaatumiset, ahdistuneisuus, sekavuus, kohonnut verenpaine ja heittelevät verensokeriarvot, heikko ravitsemustila sekä heikentynyt hygienian hoito. Ikääntyneiden riskikäytön rajat ovat matalammat, alkoholia ei tulisi nauttia yli seitsemää annosta viikossa. Alkoholien käyttö otetaan puheeksi ja motivoidaan vähentämään sitä. (Myllymäki 2012.) Diabeetikoilla runsas alkoholin käyttö voi altistaa hypoglykemioille (Diabetes 2013).

#### 4.4 Työtehtävät kotihoidossa

Tepposen (2009) tutkimuksen mukaan laaditun ikäihmisten hyvän kotihoidon mallissa kotihoidon ydintehtävät on jaettu asiakasryhmittäin. Jatkuvan kotihoidon ryhmään kuuluvat paljon apua tarvitsevat asiakkaat.

Jatkuvan kotihoidon ydintehtävät ovat:

- päivittäisissä toimissa avustaminen
  - kodinhoitamiseen liittyvä apu
  - yksilöllinen ohjaaminen tukipalveluiden sekä viriketoiminnan piiriin
  - lääkehoito, sairaanhoidolliset toimenpiteet ja tutkimukset
  - toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutus
  - psykososiaalinen tuki
  - asunnon muutostöiden arvioiminen, turvallisuudesta huolehtiminen
- (Tepponen 2009, 166).

Kotiin annettavat palvelut ja hoito, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014 (2012, 29–34) tarkentaa ydintehtävien sisältöä sekä lisää ydintehtäviin dokumentoinnin. Päivittäisissä toimissa avustaminen sisältää asiakkaan perustarpeista huolehtimisen (henkilökohtainen hygienia, ravitsemustilan ylläpitäminen ja seuranta). Ohjaamisen perusteena on asiakkaan yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen sekä ohjaaminen tarvittaviin palveluihin. Kotihoidon tehtävänä on lääkehoidon järjestäminen sekä sen vaikuttavuuden arviointi sekä asiakkaan terveydentilan seuranta säännöllisesti. Toimintakykyä tuetaan kuntouttavalla työotteella eli asiakasta kannustetaan käyttämään omaa toimintakykyään sekä voimavaroja arjesta selviytymiseen. Asunnon muutostöillä taataan asiakkaan turvallinen liikkuminen kotona. Osana turvallisuudesta huolehtimista on asiakkaan turvallisuutta lisäävien apuvälineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen. Dokumentointi pitää sisällään tarvittavan kirjaamisen asiakkaan hoidon turvaamiseksi. Tepponen (2007, 61) tarkentaa kodinhoidollisen avun sisältöä. Kodinhoidolliseen apuun kuuluu päivittäiset kodinhoidolliset tehtävät, kuten tiskaaminen ja roskien vienti. Siivouksen järjestäminen on osa laadukasta kotihoitoa.

#### 4.5 Työn organisointi kotihoidossa

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssään. Työnantajan tulee ottaa huomioon työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät asiat. (Työturvallisuuslaki 2002/738 8§.)

Työn organisointi on osa esimiestyötä, jolla huolehditaan työn tuottavuudesta. Esimiehen tehtäviin kuuluu tarvittavien resurssien järjestäminen, jotta työ voidaan tehdä sen vaatimalla osaamisella. Tuottavuutta lisää oikeiden työvälineiden käyttö sekä työyhteisön jaksamisesta huolehtiminen. Esimies järjestää omalla johtamisellaan edellytykset hyvälle työhyvinvoinnille, työntekijän vastuulle jää siihen panostaminen ja sitoutuminen. (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 29–30.) Haapakorpi ja Haapola

(2008, 11) tarkastelevat työn organisointia työvoiman pysyvyyden näkökulmasta. Onnistunut työnjako, ammattiosaamisen oikea käyttö sekä hyvä esimiestyö tehostavat työtä sekä parantavat tuloksellisuutta. Työhyvinvoinnin näkökulmasta työ on oikein mitoitettu eikä pääse ylikuormittamaan työntekijöitä.

Kotihoidon työaika jaetaan välittömään ja välilliseen työaikaan. Välitön asiakasaika koostuu asiakkaan hoitoon liittyvistä toiminnoista, kuten asiakaskäynneistä. Välilliseen asiakasaikaan kuuluvat matka-ajat ja asiakkaan hoitoon liittyvät toimistotyöt. (Björkgren & Matikainen 2007, 95; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 44–45.) Tutkimustiedon ja kuntien seurannan perusteella lähihoitajan välittömään asiakasaikaan käytettävä määrä on 40-70 % kokonaistyöajasta, sairaanhoitajilla määrä on 20-40 %. Välittömän työajan määräksi käytettäessä toiminnanohjausjärjestelmää on asetettu noin 60-70 %. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 44.)

Lahden kaupungin kotihoidossa on käytössä toiminnanohjausjärjestelmä, jolla voidaan organisoida päivittäiset työt, dokumentoida tehdyt käynnit, hoitaa kirjaaminen potilastietojärjestelmään ja edistää sisäistä tiedonkulkua. Potilastietojärjestelmään luodut asiakaskäynnit siirtyvät hoitajien matkapuhelimiin työlistaksi työnjaon välittämänä. Vakituinen hoitaja päättää pääsääntöisesti itse käyntijärjestyksen ja kirjaa sen annetulle työlistalle. Käyntijärjestystä määrittelee myös ennalta sovitut käyntiajat, esimerkiksi asiakkaan lähteminen päivätoimintaan määrättyyn aikaan. Vakituinen hoitaja suunnittelee käyntijärjestyksen aina lyhytaikaisille sijaisille sekä uusille työntekijöille. Toiminnanohjausjärjestelmässä on käytössä myös optimointisovellus, joka tekee automaattisesti käyntijärjestyksen matkapuhelimelle. Järjestys perustuu hoitajien määrittelemiін viitteellisiin käyntiaikoihin ja maantieteellisyyteen. Hoitajien käyttämissä mobiililaitteissa on käytössä myös sähköinen ovenavausjärjestelmä. (Hippi 2015.)



## 5 PELI OPPIMISEN VÄLINEENÄ SIMULAATIO- OPPIMISYMPÄRISTÖSSÄ

Peli käsitteenä on kilpailu, jossa käytetään erityisiä sääntöjä. Tavoitteena on viihdyttää sekä palkita pelaajia. Serious games (myöhemmin puhutaan oppimispelistä) sisältää viihteellisyyden lisäksi opetuksellisen näkökulman. Pelit sisältävät toimintoja, joilla voidaan oppia tietoja ja taitoja. Keinot oppimiseen sisällytetään pelin viihteellisyyteen. (Zyda 2005, 26; Kaisto 2014, 24–25.)

Simulaatio on oppimistilanne, jossa pyritään luomaan mahdollisimman todennukaiset olosuhteet oppimista varten (Saaranen, Paakkonen, Vaajoki, Aura & Tossavainen 2012, 28; Rall 2013, 11). Simulaatio voi olla roolipeiliä, näyttelemistä, tapausesimerkkejä, harjoittelemista nukeilla tai erilaisten tietoteknisten esitysten käyttöä (Saaranen ym. 2012, 28; Chia 2013, 21).

Oppimispelistä voidaan käyttää myös määritelmää virtuaalinen simulaatio. Se sisältää simulaation, pelin ja oppimisen. Kun opetusvälineeksi tarjotaan virtuaalista, mutta todellisen tuntuista ympäristöä, opiskelija voi käyttää sitä missä ja milloin tahansa (Petit dit Dariel, Raby, Ravaut & Rothan-Tondeur 2013, 1571.) Charskyn (2010, 179) mukaan simulaatiot ja pelit ovat samankaltaisia, niiden erottaminen toisistaan on hankalaa. Monet pelit sisältävät saman tarkoituksen kuin simulaatio, simulaatiossa käytetään vain vähemmän fantasiaa sekä pelin eri elementtejä.

### 5.1 Pelillistäminen osana oppimista

Kitola tutkielmassaan viittaa Zichermannin (2011) pelillistämisen määritelmään. Pelillistäminen on prosessi, jolla peliajattelulla ja pelien elementeillä sitoutetaan pelaajaa ratkaisemaan ongelmia. (Kitola 2013, 15.)

Tietoteknisiä työskentelytapoja käyttämällä, oppiminen tuo opiskelijalle uusia haasteita ja mahdollisuuksia. Nämä vaikuttavat positiivisesti opiskelijan motivaatioon. Motivaatio on ominaisuus, joka ohjaa, suuntaa ja ylläpitää yksilöllistä toimintaa. (Veermans & Tapola 2006, 65.) Motivaatio jaetaan

ulkoiseen ja sisäiseen motivaatioon. Ulkoisena motivaationa pidetään palkintoja. Sisäinen motivaatio syntyy omasta kiinnostumisesta. (Järvelä, Häkkinen & Lehtinen 2006, 61.) Ulkoisia motivaattoreita ovat palkinnot, esimerkiksi raha, pisteet ja badget. Sisäinen motivaattori on esimerkiksi onnistumisen tunne. Motivaatio on jo sisäänrakennettu, kun tavoite on onnistuminen ja asiakkaan tyytyväisyys. Pelillistämisen motivaatio taas koostuu kolmesta osa-alueesta; autonomia, eteneminen ja palaute. (Harjanne 2015.)

Oppimispelin viihteellisyys saadaan aikaan käyttämällä pelien elementtejä. Pelielementtejä ovat kilpailut ja tavoitteet, säännöt, haasteet, valintojen mahdollisuus sekä fantasian käyttäminen. Eri elementtien käyttämisen tarkoituksena on motivoida pelaajaa pääsemään tavoitteeseen. Tärkeä elementti oppimispelin rakentamisessa on haasteiden luominen, esimerkiksi käyttämällä eri vaikeustasoja. Opetuksellista näkökulmaa lisää tiedon saatavuus pelin aikana. Se voidaan sisällyttää peliin erillisen valinnan kautta. Fantasia tuo peliin jännittävyyttä ja mukaansatempaavuutta, se sisältää grafiikkaa, ääniä ja kuvia. Fantasia parantaa pelin aitoutta. (Charsky 2010, 181–193.) Devane ja Bauman (2013, 64–67) lisäävät, että hyvä oppimispeli tarjoaa pelaajalle kokemuksen ja voimaantumisen tunteen. Voimaantumisen tunnetta voidaan vahvistaa palkinnoilla, pisteillä tai tunnusmerkeillä merkinä suorituksesta. Ongelmia ratkaistaan oman tason mukaisesti sekä arvioida omaa suoriutumista sekä osaamista. Oppimispeli antaa pelaajalle palautetta suoriutumisesta. Oppimispelin täytyy antaa mahdollisuus aiemman tiedon käyttämiseen tai sen syventämiseen, asettaa pelaajalle päämäärä tai tavoite (Nurminen, Kauhanen & Salminen 2014, 48). Pelin tulisi toimia ohjatusti ja automaattisesti, jolloin pelaaja saa keskittyä oppimiseen (Kaisto 2014, 24–25).

## 5.2 Peli osana simulaatiota

Simulaatio-oppiminen ja pelit ovat tehokkaita oppimisen menetelmiä, joilla harjoitellaan uuden tiedon käyttämistä potilasturvallisessa ympäristössä (Devane ym. 2013, 48; Nurminen ym. 2014, 48; Saaranen ym. 2012, 29).

Näiden taitojen kehittämisellä asiakastyytyväisyys ja hoidon laatu paranevat, nämä asiat vaikuttavat myös työhyvinvointiin (Saaranen ym. 2012, 29).

Pelilähtöinen oppiminen on osallistavaa, se rohkaisee tiedon tuottamiseen. Oppimispelissä voidaan oppia tietoja ja taitoja, jotka tukevat opetussuunnitelmaa. (Krokfors, Kangas & Hyvärinen 2014, 67–70.) Oppimispeli sisältää jonkin prosessin oppimisen ja mahdollistaa tiedon soveltamisen käytäntöön (Kaisto 2014, 24).

Simulaatio-opetus ja pelien käyttäminen terveystieteiden opinnoissa lisäävät tietoa, opiskelijan kriittistä ajattelua sekä itseluottamusta. Ne edistävät päätöksentekokyvyn lisääntymistä tiedon kehittämisellä, sen yhdistämisellä sekä sen käyttämistä todellisuutta kopioivassa oppimistilanteessa. (Cant & Cooper 2010, 11–13; Chia 2013, 23–24.) Lisäksi simulaatiossa käytetyt tapauskuvaukset sekä oppimispelit opettavat tunnistamaan ongelmia sekä etsimään keinoja ratkaista ne. Opiskelija oppii tekemään perusteltuja kokonaisvaltaisia ratkaisuja sekä arvioimaan omia toimintatapojaan. (Jekkonen 2005, 14; Petit dit Dariel ym. 2013, 1571.) Simulaatiossa lisäksi harjoitellaan ryhmätyöskentelemistä sekä opetellaan toimenpiteitä. Simulaatiossa opitaan tehokkuutta ja suorituskykyisyyttä. (Rall 2013, 11.) Kirjallisuuskatsauksen mukaan kliinisen päättelyn taidon (tiedon hankinta ja kriittinen ajattelu) lisäksi myös taito tunnistaa potilaiden terveyden heikkenemiseen liittyviä asioita tehostuu (Lapkin, Levett-Jones, Bellchambers & Fernandez 2010).

## 6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa, järjestää tai järjeistää toimintaa. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opas. Toiminta voi olla myös tapahtuman tai toiminnan järjestäminen. Toteutustapoja on monia, esimerkiksi kirja, kansio, opas, kotisivut tai tilaan järjestetty tapahtuma. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää toiminnallisen osuuden sekä raportin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Raportissa perustellaan toiminnallisen osuuden sisältö teoreettisella tiedolla, yhdistämällä ajantasainen teoriatieto käytäntöön (Vilkkä ym. 2003, 41–42).

Opinnäytetyön tekeminen alkaa aiheen ideoinnista. Aiheen on hyvä olla tekijöilleen motivoiva ja kiinnostava (Vilkkä ym. 2003, 23). Toiminnallisen opinnäytetyön aihe nousee useimmiten koulutusohjelman opinnoista ja sen tarkoitus olisi luoda yhteyksiä työelämään. Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä syvennetään omia tietoja ja taitoja. Itseä kiinnostava opinnäytetyöaihe kehittää omaa innovatiivisuutta. On suositeltavaa, että opinnäytetyöllä olisi työelämälähtöinen toimeksiantaja. Opinnäytetyön avulla voi näyttää omaa osaamistaan ja täten luoda suhteita työelämään tulevaisuutta ajatellen. Työelämälähtöinen aihe on ajankohtainen senhetkessä työelämässä, opinnäytetyön tekijä voi peilata omaa osaamistaan työelämän vaatimuksiin. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla ratkaistaan käytännönläheisiä ongelmia. (Vilkkä ym. 2003, 16–17.)

Valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, koska olemme molemmat käytännön läheisiä tekijöitä. Aiheen valinta muotoutui Lahden Ammattikorkeakoulun toteuttamasta GERinno -hankkeesta. Hankkeen työryhmästä saimme paljon kannustusta tämän opinnäytetyön toteuttamiseen. Meillä molemmilla on työkokemusta kotihoitotyöstä ja sen organisoinnin haasteista, joten koimme senkin takia tämänkaltaisen toiminnallisen opinnäytetyön aiheen tarpeelliseksi. Opinnäytetyön muodon valinta pohjautui myös käymiimme tutkimus- ja kehittämisosaamisen kursseihin, joilla tutus-

tuimme erilaisiin tutkimusmenetelmiin. Toteutimme hankeharjoittelun toiminnallisena ryhmäohjaamisena, jo silloin toiminnallisen osuuden suunnittelu sekä sen toteuttaminen tuntuivat mielekkäältä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on näyttää osaaminen ammatillisen teoreettisen tiedon soveltamisella käytäntöön. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan valita teoreettiseksi näkökulmaksi jokin alan käsite, jonka kautta tarkastellaan ja perustellaan valintoja. (Vilkka ym. 2003, 41–43.) Merkityksellisin käsite opinnäytetyössämme on näyttöön perustuva hoitotyön päätöksenteko. Tämän ammatillisen teorian käsitteleminen on antanut eri näkökulmia asian käsittelyyn ja yhdistänyt sen sidonnaisuutta opinnäytetyömme tuotokseen. Teoriapohjan muodostamisen edetessä tuotoksen sisällöllinen rakenne on muuttunut.

Opinnäytetyön raportista näkyy, miten ja miksi aihe on valittu. Raportissa kuvataan miten opinnäytetyön tekeminen on edennyt, selvittämällä myös perustelut valinnoille. (Vilkka ym. 2003, 82.) Opinnäytetyömme raportti sisältää kuvauksen pelikäsikirjoituksen laatimisen etenemisestä ja sen tuomista haasteista.

Oman arvioinnin tueksi voi kerätä palautteen kohderyhmältä tapahtuman onnistumisesta, oppaan tai ohjeistuksen toimivuudesta ja käytettävyydestä, työn visuaalisesta ulkoasusta sekä luettavuudesta (Vilkka ym. 2003, 157). Opinnäytetyömme lopputulos on pelikäsikirjoituksen laatiminen, siitä ei synny mitään konkreettista oppimisvälinettä arvioitavaksi. Tämän takia teemme kehittyneistä ideoista yksinkertaistetun lautapelin, jonka tulevat arvioimaan kotihoidon työntekijät. Tämän myötä saamme palautetta onnistumisestamme ulkoiselta taholta, jolloin työn arviointi ei jää pelkästään subjektiiviselle tasolle.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Toimeksiantaja

Toimeksiantajamme on Lahden ammattikorkeakoulu, opinnäytetyömme on yksi GERinno -hankkeen jatkokehittämissuunnitelmista. Opinnäytetyömme aihe soveltuu hyvin myös LAMK:in strategiaan 2020. Oppimisessa halutaan keskittyä yhteisöllisyyteen, kokeilevuuteen, sallivuuteen ja luovuuteen. Yksi linjaus on digitalisaatio, jolla halutaan mahdollistaa opetus kaikilla hyödyntämällä nykyistä käytössä olevaa teknologiaa. Toimintamalleiksi halutaan kokeiluja, protoja ja demoja, joilla voidaan luoda innostavia oppimiskokemuksia. Opiskelijoita kannustetaan luomaan innovatiivisia tuote- ja palveluideoita. (Lahden ammattikorkeakoulun strategia 2020.)

Kohderyhmänä ovat hoitotyön opiskelijat. Oppimispeliä voi käyttää ikään-tyneiden hoitotyön opintojen ohessa. Kokemuksemme mukaan kotihoitotyö on itsenäistä työtä, jossa tarvitaan päätöksentekokykyä, ongelmanratkaisutaitoa ja sujuvaa oman työn organisointia. Työn organisointi on tärkeä taito osata, että suoriutuminen työstä on sujuvaa ja tehokasta. Pelillä voidaan konkreettisesti opettaa, minkälaisia taitoja työn organisointi kotihoidossa vaatii. Peli opettaa myös käyttämään näyttöön perustuvan hoitotyön päätöksentekoprosessia.

### 7.2 Tiedonhaku

Aloitimme tiedonhaun käymällä ensin tiedonhankintaklinikalla. Kertasimme tiedonhakua eri tietokantoja käyttäen. Ennen tiedonhakua määrittelimme asiasanat, jotka olivat: hoitotyön päätöksenteko, terveydenhuollon päätöksenteko, työn organisointi, kotihoito, asiakaslähtöisyys, serious gaming, pelillistäminen, simulaatio ja potilasturvallisuus.

Hoitotyön päätöksentekoa haettiin englanninkielisestä tietokannasta sanoilla decision making theory ja decision making in nursing. Käytimme systemaattista tiedonhakua tietokannoista Melinda, Medic ja Cinahl. Näistä

tietokannoista löytyi suomen- sekä englanninkielisiä tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja sekä kirjalähteitä. Teimme myös manuaalista tiedonhakua eri yliopistojen tietokannoista sekä käyttämällä artikkelien, tutkimusten ja kirjalähteiden laajempia lähdeluetteloja. Käytimme ajantasaista lainsäädäntöä lähteenä. Tietoperustan tueksi käytimme asiantuntijahaastatteluita koskien kotihoidon työn organisointia sekä pelillistämistä. Pelikäsikirjoituksen asiakastapauksia luodessamme, käytimme lähteinä hoitotyön suosituksia. Päivitettyjä suosituksia löysimme Terveysportista, Käypä hoito -suosituksista sekä eri englanninkielisistä tietokannoista, esimerkiksi NICE ja National Guideline Clearinghouse.

Rajasimme tiedonhakua hakemalla tietoa vuodesta 2005 alkaen. Hoitotyön päätöksentekoa sekä näyttöön perustuvaa hoitotyötä on tutkittu vuosikymmenien ajan, joten hyväksyimme vanhemmat lähteet niitä koskien. Muista tuloksista käytimme vain tuoreimpia lähteitä sekä lisäsimme haakuun useampia hakusanoja. Arvioimme lähteiden luotettavuutta, valitsimme käyttämämme lähteet huolellisesti.

### 7.3 Käsikirjoituksen suunnittelun vaiheet

Osallistuimme talvella 2014-15 osana hankeharjoittelua Lahden ammattikorkeakoulun johtamaan GERinno -hankkeeseen. GERinno -hankkeen tarkoitus oli suunnitella Lahden ammattikorkeakoulun uuden kampuksen tiloihin simulaatioon tarkoitettu iäkkään koti. Olimme tuomassa mukaan opiskelijoiden näkökulmaa sekä omakohtaista kokemusta kotihoitotyöstä. Suunnittelimme simulaatiotilassa suoritettavia casetilanteita. Yhdestä casetilanteesta nousi GERinno -hankkeen projektipäällikön idea casen pelillistämisestä. Tartuimme tähän ideaan ja päätimme toteuttaa sen opinnäytetyönämme. Olimme ilmoittautuneet jo aikaisemmin opinnäytetyöprosessiin eri aiheella, joten ensin varmistimme aiheen sopivuuden ohjaavan opettajamme kanssa. Yritimme myös kehittää yhteistyötä Lahden Ammattikorkeakoulun Tekniikan laitoksen kanssa, tarkoituksena saada pelikäsikirjoituksen pohjalta toimiva peli opiskelijoiden toteuttamana. Tämä yhteistyö ei kuitenkaan aikataulullisesti onnistunut.

Kävimme ohjauskeskustelussa ohjaavan opettajan kanssa ja saimme luvan alkaa työstämään uutta aihetta. Kävimme heti tiedonhankintaklinikalla kertaamassa eri tietokantojen käyttöä. Olimme varanneet jo aikaisemmin helmikuun opinnäytetyön suunnitelman tekemistä varten, joten saimme onnistumaan nopean aikataulun suunnitelmaseminaaria varten. Opinnäytetyön suunnitelmaa varten tehtiin tiedonhakua tietoperustaa varten, itse pelikäsikirjoituksesta tehtiin ainoastaan karkea hahmotelma aiheen esittelyä varten. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin maaliskuussa 2015.

Opinnäytetyömme toteuttamis- sekä julkaisuvaihetta aloimme tehdä syyskuun alussa kokopäiväisesti. Alkupäivät menivät aiheen mieleen palauttelemiseen. Ideat pelin rakentamiseen alkoivat muodostua. Aloitimme työn jatkamisen suunnittelemalla sisällysluettelon suunnitelmaseminaarin palautteen pohjalta. Kävimme ohjauskeskustelussa opettajamme kanssa sekä tapasimme yhteistyöhenkilön. Näiden tapaamisten pohjalta muokkasimme vielä työmme sisällysluetteloa, joka selvensi hyvin työn kokonaisuutta. Teimme myös aikataulun, johon kirjasimme tavoitteet jokaiselle viikolle. Teimme toteutus- sekä julkaisuvaihetta rinnakkain keskittymällä ensin enemmän pelikäsikirjoituksen suunnitteluun.

Aloitimme pelikäsikirjoituksen luomisen profiloimalla kotihoidon asiakkaat. Perehdyimme kansantauteihin ja tilastoihin, jotka koskivat eläkeikäistä väestöä. Näiden tietojen pohjalta loimme asiakastapaukset. Tapausten sisältö määrittyi kansantauteihin ja niihin liittyviin hoitosuosituksiin sekä omaan kotihoidon työkokemukseen perustuen. Pelikäsikirjoituksen asiakkaista teimme fiktiivisiä, niille keksittiin nimet ja syntymäajat. Rinnalla kirjoitimme teoriaa näyttöön perustuvasta päätöksenteosta sekä hoitotyöstä.

Miettiessämme oppimispelin hyödynnettävyyttä ja toimivuutta, päätimme askarrella pelikäsikirjoituksen pohjalta yksinkertaistetun lautapelin. Halusimme toteuttaa tämän testaamisen kotihoidon työntekijöillä, että saisimme mahdollisimman realistisen palautteen oppimispelistä. Tieduste-



limme Lahden kaupungin kotihoidon kotihoitopäälliköltä lupaa käyttää testiryhmässämme heidän työntekijöitään. Saimme tähän luvan, erillistä tutkimuslupaa testaukseen ei vaadittu. Testiryhmä järjestyi yhdeltä Lahden kaupungin kotihoidon alueelta. Kävimme toimittamassa testiryhmälle tiedotteen asiasta, samalla saimme haastatella alueen palveluesimiestä koskien työn organisointia kotihoidossa.

Kuukausien aikana oppimispelin visuaalisuus sekä sisältö olivat jo muodostuneet alustavaan muotoonsa. Kävimme tapaamassa pelillistämisen asiantuntijaa, jolta saimme hyviä vinkkejä pelin rakentamiseen ja pelaajan motivoimiseen. Lautapelin askartelu sujui vauhdikkaasti, pelin visuaalisuus on meidän suunnittelemamme. Apuna sen toteuttamisessa olivat innokas neljäsluokkalainen ja esikoululainen piirtäjä. Askartelun lomassa saimme uusia ideoita. Sen tekeminen auttoi entisestään hahmoittamaan pelin visuaalisuutta ja pelillisyyttä. Lautapelin askarteluun liittyi pieniä materiaalikustannuksia, jotka maksoimme itse. Pelin askartelun jälkeen teimme palautelomakkeen testiryhmälle.

Pelin testauspäivänä meidät otettiin hyvin vastaan. Ennen pelaamisen aloittamista kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen sekä ohjasimme testaajia pelin pelaamiseen. Olimme testaajien saatavilla koko pelaamisen ajan, lopuksi kävimme yhdessä testaajan kanssa läpi ratkaisumallin. Kaikki osallistuivat oppimispelin testaamiseen innokkaasti ja antoivat heti pelin pelaamisen jälkeen suullista palautetta. Pelaamisen jälkeen tarjosimme testiryhmälle pullakahvit sekä pyysimme heitä täyttämään kirjallisen palautteen.

Myös koulumme hoitotyön opettaja, jolla on aiempaa kokemusta kotihoitotyöstä, lupautui testaamaan peliämme opetuksellisesta näkökulmasta. Saimme häneltä hyviä ajatuksia koskien opinnäytetyötämme, palautteen pelikäsitteistä hän antaa suoraan ohjaavalle opettajallemme.

Pelin askartelun ja testaamisen jälkeen keskityimme kirjallisen työn loppuun saattamiseen. Pieniä vastoinkäymisiä koimme pelilähtöisen oppimisen teoriaosuuden tekemisessä, jonka loppujen lopuksi kirjoitimme lähes

kokonaan uudestaan. Saimme opinnäytetyömme kirjallisen työn valmiiksi lokakuun 2015 lopussa, lähetimme sen ohjaavalle opettajalle viimeistä tapaamista varten ennen työn lopullista palautusta. Tapaamisessa saimme muutamia korjausehdotuksia kirjallisen työn sisältöön ja otsikointiin.

Teimme nämä korjaukset ennen opinnäytetyön toimittamista kieliasun tarkistukseen. Korjasimme kieliasua koskevat virheet ja palautimme opinnäytetyön hyvissä ajoin arviointia varten. Opinnäytetyö julkaistiin joulukuussa 2015.

Tapasimme säännöllisesti ohjaavaa opettajaa. Olimme sähköpostiyhteystyössä opettajaan tapaamisten välillä, jos tarvitsimme ohjausapua koskien kirjallista työtämme. Toimeksiantajan yhteistyöhenkilöä tapasimme pelikäsikirjoituksen tekemisen aikana useammin. Saimme häneltä vinkkejä ja kannustusta toteutusvaiheen tekemiseen. Esittelimme hänelle arvioitavan lautapelin ennen sen testaamista. Yhteistyö on ollut saumatonta, olemme saaneet tukea ja ohjausta tarpeidemme mukaisesti.

Teimme opinnäytetyömme yhdessä työskennellen säännöllisesti, molemmat osallistuivat työn tekemiseen tasapuolisesti. Keskityimme ainoastaan opinnäytetyön tekemiseen, muut opintopisteet olivat jo rekisterissä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä arvioidessa arvioidaan sen luotettavuutta (reliaabelius) ja pätevyyttä (validius) virheiden välttämiseksi. Luotettavuutta voidaan arvioida mittaustulosten toistettavuudella. Luotettavaksi tiedoksi voidaan kuvata tulosta, joka on todettu kahdessa eri tietolähteessä samaksi. Pätevyyttä kuvaa arvioijan ja mittaustulosten välinen yhteisymmärrys mitattavasta asiasta. Mittaustulokset eivät välttämättä kerro asiaa, jota on haluttu tutkia. Tämä asia pitää ottaa huomioon tuloksia arvioitaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–232.) Olemme käyttäneet tiedonhaussa luotettavia tietokantoja ja arvioineet tiedon luotettavuutta. Käytimme tietoperustaa luodessamme tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa, pyrimme löytämään tiedon kahdesta eri lähteestä. Pelikäsikirjoituksen arviointilomakkeen tulosten analysoinnissa otimme huomioon, miten kysymykset oli ymmärretty vastaajien keskuudessa. Näitä virheitä kuitenkin välttääksemme, olimme kyselyn täyttämisen yhteydessä vastaajien saatavilla tarkentamassa kysymyksiä.

Opinnäytetyötä tehdessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tukee työn eettisyyttä. Työ tehdään kokonaisuudessaan rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Plagiointia ei tule käyttää, vaan viitata toisten tekemiin töihin asianmukaisesti. Tällä kunnioitetaan toisten tekemää työtä. Raporttiin sisällytetään yksityiskohtainen kuvaus etenemisestä sekä huolehditaan tietoineiston oikeanlaisesta säilytyksestä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6–7.) Olemme toimineet hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti opinnäytetyöprosessissa. Työssämme käytetty tieto on valittu huolellisesti ja kunnioitettu sitä käyttämällä lähdeviitteitä sääntöjen mukaisesti. Olemme kuvanneet opinnäytetyön etenemisen tarkasti raporttiimme.

## 8.2 Pohdintaa opinnäytetyön tuotoksesta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli luoda pelikäsikirjoitus kotihoidon interaktiiviseen oppimispeliin. Opinnäytetyön ideointivaiheessa sekä työn tekemisen edetessä ajatus tuotoksen hyödyllisyydestä on vain vahvistunut. Pidämme opinnäytetyömme aihetta työelämälähtöisenä vaikka toimeksiantajamme on ollut Lahden ammattikorkeakoulu. Oman kotihoidon työkokemuksemme mukaan työn organisointi on haastavaa, varsinkin ilman kokeuksellista tietoa. Tällöin päätökset perustuvat muihin tekijöihin, esimerkiksi hoitotyön kirjauksiin. Työelämälähtöisyyttä sekä tuotoksen hyödynnettävyyttä tukee myös yksinkertaistetun lautapelin testaaminen kotihoidon työntekijöillä. Palautteen mukaan kyseinen oppimispeli on tarpeellinen ja tukee sekä uusia että vanhoja työntekijöitä.

Pelikäsikirjoituksen teoriapohjana on käytetty hoitotyön päätöksentekoon liittyvää tietoa. Analyttisessä päätöksenteon ajatteluprosessissa edetään järjestelmällisesti alkaen tiedon hankinnasta ja päättyen toiminnan arviointiin. Intuitiivisessa ajatteluprosessissa hahmoitetaan nopeasti kokonaistilanne ja toimitaan sen mukaisesti. (Lauri ym. 2002, 159.) Opinnäytetyömme tuotos on hyödyllinen väline hoitotyön päätöksenteon oppimiseen. Pelissä on tarkoitus edetä analyttisen ajatteluprosessin mukaisesti, mutta myös intuitiivinen ajattelu on mahdollista. Peliin on liitetty päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä niin, että pelissä voidaan edetä tavoitteeseen eli käyntijärjestyksen valmiiksi saattamiseen. Pelissä päätöksentekoa tehdään perustuen hoitosuosituksiin ja asiakaslähtöisyyteen. Pelikäsikirjoituksemme tarkoitus on myös herättää ajatuksia siitä, minkälaisia eettisiä valintoja käyttäjä on tehnyt verrattuna näyttöön perustuvaan hoitotyöhön.

Näyttöön perustuvassa toiminnassa tehdään oikeita asioita perustuen luotettavaan tietoon. Pohjalla päätöksissä on asiakaslähtöisyys ja myös oman kliinisen asiantuntijuuden käyttö. (Perälä 1999, 54–55.) Kuten olemme jo aiemmin pohtineet, kotihoidon työn organisointia ei voi toteuttaa pelkästään näyttöön perustuvan tiedon perusteella. Suuressa merkityksessä myös pelikäsikirjoituksessa on asiakkaan omat tarpeet ja tottumukset.

Olemme ymmärtäneet opinnäytetyön tuotoksen tekemisen myötä, että hoito- ja palvelusuunnitelman hyvällä suunnittelulla voidaan kuitenkin tukea näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista laadukkaasti, esimerkiksi ravitsemukseen liittyvillä toiminnoilla.

Uutta teknologiaa käytetään yhä useammin terveydenhuoltoalan opetus-suunnitelmassa tukemaan opiskelijoiden mahdollisuutta käyttää uusia taitoja potilasturvallisessa ympäristössä. Todellisuutta vastaavissa simuloituissa tilanteissa opiskelija voi vahvistaa näyttöön perustuvan toiminnan prosessin käyttämistä käytäntöön. (Petit dit Dariel ym. 2012, 1571.) Oppimispelimme tarkoitus on suunnitella työn organisoinnin kautta näyttöön perustuvaa hoitotyötä, pelissä ei ole tarkoituksena toteuttaa sitä. Opinnäytetyömme aihe on innovatiivinen ja vahvasti sidoksissa uudenaikaiseen oppimiseen. Oman opiskelumme tukena on käytetty paljon simulaatio-opettamista. Olemme kirjallisessa työssä yhdistäneet myös pelilähtöisen oppimisen simulaatioon. Niiden oppimistavoitteet ovat samankaltaisia, toteuttaminen vain poikkeaa toisistaan. Pelikäsikirjoituksen laatiminen on vaatinut meiltä luovuutta sekä omaa näkemystä yksinkertaisen ja selkeän pelin rakentamisesta käyttäen eri pelillistämisen elementtejä.

Olemme edenneet opinnäyteprosessissa suunnitelman mukaisesti, haasteet ovat olleet voitettavissa ja hidastaneet vain hetkellisesti työn etenemistä. Opinnäytetyöstämme on muodostunut kokonaisuus, jollaista olimme aiheen ideointivaiheessa suunnitelleet. Koemme päässeemme tavoitteeseen ja opinnäytetyön tuloksena on syntynyt toimiva pelikäsikirjoitus oppimispeliin.

### 8.3 Opinnäytetyö oppimiskokemuksena

Opinnäytetyö on ollut oppimisen kannalta hyvin syventävä. Olemme saaneet paljon uutta tietoa koskien hoitotyön päätöksentekoa sekä perehtyneet syvällisesti näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Päätöksenteko prosessina on tullut tutuksi ja ymmärrys tätä tärkeää ammatillisen osaamisen aluetta on kasvanut suuresti. Olemme ymmärtäneet näyttöön perustuvan

hoitotyön moniulotteisuuden, sen miten näyttöön perustuvan päätöksenteon tukena käytetään hoitosuosituksien lisäksi myös omaa asiantuntijuutta, asiakaslähtöisyyttä sekä työyhteisön voimavaroja.

Opinnäytetyöprosessin aikana on tapahtunut ammatillista kasvua ja luottamus omaan pärjäämiseen tulevassa ammatissa on vahvistunut. Olemme etsineet paljon hoitosuosituksia eri tietokannoista, sekä suomeksi että englanniksi. Tämä on vahvistanut ajatusta siitä, miten oman ammatillisen toimimisen voi perustaa luotettaviin tietolähteisiin.

Taustalla on ollut vahvasti esillä oma kokemus lähihoitajina kotihoitotyöstä, mikä on helpottanut pelikäsikirjoituksen laatimista ja asiakastapausten luomista. Olemme kuitenkin oppineet paljon uutta asioista, joilla voisi kehittää kotihoitotyössä työskentelyä, esimerkkinä hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamista hoitosuositusten avulla. Ymmärrys kotihoitotyön laaja-alaisuudesta on kasvanut sekä ajatus siitä, miten merkittävää päätöksentekoa työntekijät tekevät omaa työtänsä organisoimalla. Tämä päätöksenteko on yhteydessä laadukkaaseen ja asiakaslähtöiseen kotihoitoon unohtamatta hoitotyön suositusten merkitystä.

#### 8.4 Jatkokehittämissuunnitelma

Työn edetessä saimme monia jatkokehittämisideoita. Suurin jatkokehittämissuunnitelma on virtuaalisen pelin toteuttaminen pelikäsikirjoituksemme pohjalta.

Opinnäytetyönämme tehty pelikäsikirjoitus suunnataan kotihoitoympäristöön, mutta muuntelemalla sitä voidaan käyttää mihin tahansa työn organisointia vaativiin ympäristöihin.

Opinnäytetyömme pelikäsikirjoitusta voidaan jatkokehittää lisäämällä siihen vaikeustasoja sekä asiakastyöhön liittyviä haasteita, esimerkiksi ambulanssin odottaminen asiakkaan kotona tai hypoglykemisen asiakkaan

hoitaminen. Saamamme kotihoidon työntekijöiden palautteen mukaan pelistä tulisi realistisempi, kun siihen lisättäisiin käyntejä. Yksi lisättävä komponentti peliin olisi kokemuksellisen tiedon lisääminen käsikirjoitukseen.

Omasta opinnäytetyöstämme nousi myös ajatus uudesta opinnäytetyöaiheesta. Toinen opinnäytetyö voisi kartoittaa keinoja, joilla voitaisiin auttaa kotihoidon työntekijää suorittamaan työnsä perustuen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10/2007 vol 80, 6-9.

Alanen, H. 2013. Vanhuksen masennus. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00542&p\\_haku=vanhuksen masennus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00542&p_haku=vanhuksen%20masennus)

Astma. 2012. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 22.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi06030#NaN>

Barker, J. 2013. Evidence-based Practice for Nurses. SAGE Publications.

Bauman, E. & Wolfenstein, M. 2013. Evolving Field of Virtual Environments and Game-Based Learning in Nursing. Teoksessa Bauman, E. (toim.) Game-based teaching and simulation in nursing and health care. United States: Springer Publishing Company, 3-24.

Björkgren, M. & Matikainen, K. 2007. Taloudellinen arviointi. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 94-97.

Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Yleinen ja kallis, mutta ehkäistävä kansanterveysongelma. Oppaassa Bäckmand, H. & Vuori, I. (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimistö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL, opas 11, 8-11 [viitattu 1.10.2015]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80329/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604.pdf?sequence=1>

Cant, R. & Cooper, S. 2010. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. Journal of advanced nursing 66(1), 3-15. [viitattu 10.2.2015]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=479ab126-5eb0-4962-b693-1015ac52ff6a%40sessionmgr4003&vid=3&hid=4104>



Charsky, D. 2010. From Edutainment to Serious Games: A Change in the Use of Game Characteristics. *Games and Culture* 5(2), 177-195 [viitattu: 27.10.2015]. Saatavissa: <http://gac.sagepub.com/content/5/2/177.full.pdf+html>

Chia, P. 2013. Using a virtual game to enhance simulation based learning in nursing education. *Singapore nursing journal* vol 40, no 3, 21-26 [viitattu 10.2.2015]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aa72173e-67d5-471b-a885-02ed0a797fe4%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4104>

Chronic heart failure: Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. 2010. NICE guidelines [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg108/chapter/Introduction>

Depressio. 2014. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#NaN>

Devane, B. & Bauman, E. 2013. Virtual Learning Spaces: Using New and Emerging Game-Based Learning Theories for Nursing Clinical Skills Development. Teoksessa Bauman, E. (toim.) *Game-based teaching and simulation in nursing and health care*. United States: Springer Publishing Company, 47-73.

Diabetes. 2013. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 21.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056#NaN>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry [viitattu 4.11.2015]. Saatavissa: <https://www.tehy.fi/@Bin/31009045/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008 [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa:

<https://www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf>

Harjanne, K. 2015. Konsultti. Sulava Oy. Haastattelu 30.09.2015.

Heinola, R. 2007. Johdanto – kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 9-12.

Helin, T. 2015. Keuhkohtaumatauti (COPD). Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 22.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00178&p\\_haku=keuhkohtaumatauti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00178&p_haku=keuhkohtaumatauti)

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystilaytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 15/2014 [viitattu 10.9.2015].

Saatavissa:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN\\_ISBN\\_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1)

Hippi, R. 2015. Palveluesimies. Lahden kaupungin kotihoito. Haastattelu 2.10.2015.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta [viitattu 26.10.2015].

Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Ikääntyminen ja muisti. 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 22.9.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/ikaantymisen-ja-muisti>

Jalkojen turvotus. 2013. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00142&p\\_haku=jalkojen turvotus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00142&p_haku=jalkojen%20turvotus)

Jekkonen, T. 2005. Hoitotyön päätöksenteon oppiminen sairaanhoidajakoulutuksen alkuvaiheessa – kolmen oppimismenetelmän vertailua. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18 [viitattu 14.10.2015]. Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNB%3afe201504226780.pdf?sequence=1>

Järvelä, S., Häkkinen, P. & Lehtinen, E. 2006. Motivaatio, emootiot ja oppimisen itsesäätely teknologiaympäristöissä. Teoksessa Järvelä, S., Häkkinen, P. & Lehtinen, E. (toim.) Oppimisen teoria ja teknologian opetuskäyttö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 61-64.

Kaipainen, T., Tiihonen, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2015. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. The Journal of Nursing Home Research Sciences 2015;1, 47-51 [viitattu 29.9.2015]. Saatavissa: <http://www.jnursinghomeresearch.com/all-issues.html?article=45>

Kaisto, H. 2014. Opetuksen pelillistäminen trendi-ilmiönä – opetuspelien kaupallinen potentiaali. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Kandidaatin tutkielma [viitattu 22.10.2015]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43136/Heini%20Kaisto.pdf?sequence=1>

Kannus, P. 2011. Osteoporoosi ja kaatumistapaturmat. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 155-160.

Kansallinen TULE-ohjelma. 2007. Suomen Tule Ry [viitattu 1.10.2015].

Saatavissa: <http://www.suomentule.fi/wp-content/uploads/2015/06/KTO.pdf>

Kervinen, H. 2013. Sepelvaltimotauti. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01400&p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti)

Keuhkohtaumatauti. 2014. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 22.9.2015].

Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi06040#NaN>

Kitola, M. 2013. Pelillistäminen ja mobiilisovellukset. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Kandidaatin tutkielma [viitattu 26.10.2015]. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42915/Mi-kael%20Kitola.pdf?sequence=1>

Kohonnut verenpaine. 2014. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 18.9.2015].

Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04010#NaN>

Kokkinen, J. 2012. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01640&p\\_haku=palliatiivinen hoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01640&p_haku=palliatiivinen%20hoito)

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 68/2012 [viitattu 10.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1)

Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 2.9.2015]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Kotiin annettavat palvelut ja hoito – Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014. 2012. Valvira, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto [viitattu 11.9.2015]. Saatavissa: [https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Kotihoidon\\_valvontaohjelma.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf)

Krokfors, L., Kangas, M. & Hyvärinen, R. 2014. Oppimispelit rajoja ylittävinä ja osallistavina oppimisympäristöinä. Teoksessa Krokfors, L., Kangas, M. & Kopisto, K. Oppiminen pelissä – pelit, pelillisyyt ja leikillisyyt opetuksessa. Tampere: Vastapaino, 67-72 .

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063#NaN>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11 [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1)

Lahden ammattikoulun strategia 2020. LAMK [viitattu 26.10.2015]. Saatavissa: <http://www.lamk.fi/lamk-oy/strategiat/Documents/lamk-strategia.pdf>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lapkin, S., Levett-Jones, T., Bellchambers, H. & Fernandez, R. 2010. Effectiveness of Patient Simulation Manikins in Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review. Clinical Simulation in Nursing; 2010, 6, e207-e222 [viitattu 22.10.2015]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139910001325>

Lauri, S. & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. Hoitotiede vol 14, no 4/-02, 158-166.

Liljamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas – SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 4.11.2015]. Saatavissa:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Lommi, J. 2013. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00133&p\\_haku=sydämen\\_vajaatoiminta](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00133&p_haku=sydämen_vajaatoiminta)

Manka, M.-L., Hakala, L., Nuutinen, S. & Harju, R. 2010. Työn iloa ja imua – työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille. Tampereen yliopisto [viitattu 16.2.2015]. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/partner/riskithaltuun/tyokalu-pakki/Documents/Tyon\\_iloa\\_ja\\_imua.pdf](http://www.ttl.fi/partner/riskithaltuun/tyokalu-pakki/Documents/Tyon_iloa_ja_imua.pdf)

Matilainen, E. 2014. Astma. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti [viitattu 22.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04616&p\\_haku=astma](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04616&p_haku=astma)

Mikkola, K. 2008. Sairaanhoidajaopiskelijan hoitotyön päätöksenteon oppiminen koulutuksen aikana. Turun yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 22.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044#NaN>

Myllymäki, E. 2012. Ikääntyvän päihteidenkäyttäjän hoito ja ohjaus. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk02219&p\\_haku=päihde](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02219&p_haku=päihde)

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. The Lancet, volume 385, issue 9984, 2255-2263 [viitattu 22.9.2015].

Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615604615>

Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa – Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma [viitattu 11.2.2015]. Saatavissa:

<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduA-Niemi.pdf/9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d>

Nikkilä, M. 2013. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveystietä [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00096&p\\_haku=kohonnut verenpaine](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00096&p_haku=kohonnut verenpaine)

Nurminen, M., Kauhanen, L. & Salminen, L. 2014. Digitaaliset pelit opetusmenetelmänä. Teoksessa Kauhanen, L., Heikkilä, K., Koskeniemi, J. & Salminen, L. (toim.) Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja – tutkimuksia ja raportteja, sarja A69, 48-55.

Näytön lähteitä. 2013. Hoitotyön tutkimusäätiö Hotus [viitattu 19.10.2015]. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayton-lahteita>

Osteoporoosi. 2014a. Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 15.9.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/osteoporoosi>

Osteoporoosi. 2014b. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 25.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi24065>

Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. 2010. National Guideline Clearinghouse [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38903&search=cancer+palliative>

Perälä, M.-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 53-67.

Petit dit Dariel, O., Raby, T., Ravaut, F. & Rothan-Tondeur, M. 2013. Developing the Serious Games potential in nursing education. Nurse Education Today 33 (2013), 1569-1575 [viitattu 22.10.2015]. Saatavissa: [http://ac.els-cdn.com/S026069171200411X/1-s2.0-S026069171200411X-main.pdf?\\_tid=39f43996-7893-11e5-b50a-00000aacb35d&acdnat=1445501123\\_0bcf55b4df7bbcbcf207273317e6a556](http://ac.els-cdn.com/S026069171200411X/1-s2.0-S026069171200411X-main.pdf?_tid=39f43996-7893-11e5-b50a-00000aacb35d&acdnat=1445501123_0bcf55b4df7bbcbcf207273317e6a556)

Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 1.10.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50054#NaN>

Rall, M. 2013. Simulaatio – mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M.-M. & Jokela, J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Otava, 9-20.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta [viitattu 29.9.2015]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Saaranen, T., Paakkonen, H., Vaajoki, A., Aura, A. & Tossavainen, K. 2012. Simulaatio-oppiminen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella – tavoitteena vuorovaikutustaitojen ja potilasturvallisuuden kehittäminen. Pro Terveys 1/2012, 28-31.



Saarelma, O. 2015. Tietoa potilaalle: Virtsankarkailu, virtsainkontinenssi (miehet). Duodecim. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=dlk00344&p\\_haku=virtsaikontinenssi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00344&p_haku=virtsaikontinenssi)

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 373-380.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal 1996 Jan 13; 312(7023), 71-72 [viitattu 14.10.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto [viitattu 20.10.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattilainen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salomaa, S. 2014. Toistokatetrointi. Duodecim. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01106&p\\_haku=katetrointi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01106&p_haku=katetrointi)

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sosiaalihuoltoasetus. 607/1983. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Sosiaalihuoltolaki. 710/1982. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710#L1P1>

Stabiili sepelvaltimotauti. 2015. Käypä hoito. Suositukset [viitattu 18.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50102>

Standing, M. 2014. Clinical Judgement and Decision Making for Nursing Students. 2. painos. Englanti: Learning matters.

Sulava. 2015. Sulava Oy:n verkkosivut [viitattu 10.11.2015]. Saatavissa: <http://www.sulava.com/>

Syövän ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittämisen vuosina 2014–2025, Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 28.9.2015]. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN\\_ISBN\\_978-952-302-185-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN_ISBN_978-952-302-185-3.pdf?sequence=1)

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 61-81.

Terveysturvalaki. 1326/2010. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L3P25>

Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa: [http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp\\_0532\\_laakehoito\\_verkko\\_korjattu.pdf?sequence=1](http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1)

Työturvallisuuslaki. 738/2002. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Veermans, M. & Tapola, A. 2006. Motivaatio ja kiinnostuneisuus. Teoksessa Järvelä, S., Häkkinen, P. & Lehtinen, E. Oppimisen teoria ja teknologian opetuskäyttö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 65-84.

Viitala, H. 2014. Syöpäpotilaan tehostettu ravitsemushoito. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti [viitattu 8.10.2015]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01652&p\\_haku=ravitsemus](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01652&p_haku=ravitsemus)

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtsankarkailu (naiset). 2011. Käypä hoito. Suositukset [viitattu

28.9.2015]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50050#NaN>

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Tilastoraportti 12/2011 [viitattu 14.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80099/Tr12\\_11.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80099/Tr12_11.pdf?sequence=1)

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. Tilastot kuvina – powerpoint-diat [viitattu 2.9.2015]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Yki-Järvinen, H. 2013. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Terveysportti [viitattu 21.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00561&p\\_haku=diabetes](http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00561&p_haku=diabetes)

Yleistietoa kansantaudeista. 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL

[viitattu 10.9.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Zyda, M. 2005. From Visual Simulation to Virtual Reality to Games. Computer volume 38, Issue: 9, 25-32 [viitattu 26.10.2015]. Saatavissa:

[http://faculty.utpa.edu/fowler/csci6175-2012-ve/Zyda\\_2005\\_FromVisualSimulationToVRToGames\\_Computer.pdf](http://faculty.utpa.edu/fowler/csci6175-2012-ve/Zyda_2005_FromVisualSimulationToVRToGames_Computer.pdf)

## LIITTEET